

# Skadeanmälan – Personskador, Reseavbrott, Försening



Hem- och villaförsäkring  Reseförsäkring

Annan försäkring

Försäkringskassan kan i vissa fall betala en del av kostnaderna. Kontakta därför Er försäkringskassa.

Försäkringsnummer	Handläggare
Skadenummer	Skadedatum

Försäkringstagarens namn		E-postadress	
Den skadades efternamn och förnamn			Personnummer
Utdelningsadress		Telefon bostaden (även riktnr)	Telefon arbetet (även riktnr)
Postnummer och ortnamn		Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Pg <input type="checkbox"/> Bg <input type="checkbox"/> Bk	Nummer
Var Ni vid skadetillfället bosatt och folkbokförd hos försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Resebyrå (i förekommande fall)	
Avresedatum från bostaden	Ordinarie hemresedatum	Har SOS-International i Köpenhamn anlåtats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Har Ni sjuk-, olycksfalls-, rese- eller läkekostnadsförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Bolagets namn	Försäkring nr

## Uppgifter om olycksfall och akut sjukdom

I vilket land inträffade olycksfallet/sjukdomen?	Vilken kroppsskada har Ni ådragit Er på grund av olycksfallet?		
Hur gick olycksfallet till?			
Vilken sjukdom har Ni ådragit Er?	När märkte Ni de första symtomen på sjukdomen?		
Har Ni blivit sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	t.o.m.	
Har Ni ordinerats sängläge? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	t.o.m.	
Var Ni inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	fr.o.m.	t.o.m.
Har Ni inom 6 månader före avresedagen varit sjukskriven till minst 50 % på grund av samma eller liknande sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Om "Ja", sjukdomens/skadans art		Vilken läkare behandlade Er?	

## Uppgifter om läke- och resekostnader

Datum för behandlingen	Utgiftens art (Läkararvode, medicin)	Erlagt belopp i utländsk valuta	Kostnad i svensk valuta	Av försäkringskassa ersatt belopp	Av annat försäkringsbolag ersatt belopp	Återstående belopp	Verifikation nr

OBS. Samtliga kostnader ska styrkas med originalkvitton

Avgår självrisk

Summa

## Underskrift

Undertecknad förklarar att ovanstående uppgifter är sanna. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa) får lämna If Skadeförsäkring de upplysningar om mitt hälsotillstånd som If Skadeförsäkring anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Datum	Den skadades namnteckning
-------	---------------------------

